

Psychopharmaka und Psychotherapie

M. Hautzinger, O. Benkert, M. Graf-Morgenstern

- 4.1 Einleitung – 32
- 4.2 Grundsätzliche Probleme – 33
- 4.3 Klinische Kompetenzen – 34
- 4.4 Schlussfolgerungen – 34
- 4.5 Checkliste – 35
- Literatur – 35

4.1 Einleitung

Auch heute noch wird das Verhältnis von Psychopharmakotherapie und Psychotherapie von Nichtwissen, Missverständnissen und Vorurteilen geprägt. Dies liegt zum einen daran, dass Psychotherapeuten, insbesondere die Psychologischen Psychotherapeuten, unzureichend in den Grundlagen, den Möglichkeiten und Wirkweisen der modernen Psychopharmakotherapie ausgebildet sind. Zum anderen gibt es unverändert rein psychopharmakologisch orientierte Ärzte, die Möglichkeiten, Stärken, Effekte und Vorgehensweisen der modernen Psychotherapie nicht zur Kenntnis nehmen. Häufig wird eine Konkurrenzsituation erlebt, die nicht dem Wohl der Patienten dient, sondern eher dem Überlegenheitsnachweis der einen oder anderen fachlichen Position. Es beharren manche Fachvertreter auf einseitigen, rein biologischen oder rein psychologischen Störungsmodellen, die in den meisten Fällen verkürzt, falsch oder wissenschaftlich überholt sind. Schließlich fehlen für viele Störungsbereiche noch angemessene Studien, die über den Nutzen und die differenzielle Indikation der Psychotherapie bzw. der Pharmakotherapie oder der Kombination beider Verfahren Auskunft geben.

Psychische Krankheiten sind komplexe Störungen, die sich in den seltensten Fällen alleine auf biologische, z. B. genetische Ursachen oder alleine auf lebensgeschichtliche, traumatische, zwischenmenschliche, also psychologische Ursachen zurückführen lassen. Wir wissen heute, dass z. B. eine Zwangsstörung, eine Panikstörung, eine Schizophrenie, eine Depression, eine Suchterkrankung oder eine Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung durch multiple Faktoren, die in komplexer Interaktion miteinander stehen, verursacht und in ihrem weiteren Verlauf geprägt werden.

Dies soll an einem Beispiel gezeigt werden: Zur Bedeutung des Serotoninrezeptors (5-HT-Rezeptors) ist im Jahr 2003 die wichtige Arbeit von Caspi et al. (2003) erschienen. Sie legt empirische Daten zur Interaktion von Genotyp, Umwelt (Stress) und Depression vor. Die Autoren konnten nachweisen, dass die Kurzform des Promotors des 5-HT-Transporter-Gens (s/s) für die veränderte Stresssensitivität verantwortlich ist. Individuen mit diesen beiden kurzen Allelen (s/s) entwickelten im Gegensatz zu

Individuen mit langen Allelen (l/l) signifikant häufiger depressive Symptome auf mehrere stressreiche Lebensereignisse. Es wird vermutet, dass der l/l-Genotyp eine höhere Widerstandsfähigkeit gegen Stressoren besitzt. Die Befunde sind im Kern mehrfach bestätigt (Xie et al. 2009) und inzwischen auch für andere Genvarianten (z. B. CRHR1-Gene, NPY-Gen) nachgewiesen (Polanczyk et al. 2009; Mickey et al. 2011). Dies sind wichtige Beispiele für die Bedeutung der Genetik in der Psychiatrie. Beispiele zur jüngsten epigenetischen Forschung finden sich in ► Kap. 14 (Neurobiologie der Depression). Wir sprechen daher heute von psychobiologischen oder neurobiologischen Konzepten, die zum Verständnis der psychischen Störungen und deren Behandlung erforderlich sind und im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans auch Berücksichtigung finden sollten. Deshalb werden auch bei den Störungsbildern die neurobiologischen Konzepte besonders hervorgehoben.

Mehr und mehr Befunde zeigen, dass durch Psychotherapie nicht nur das Erleben, also die subjektive Seite einer Störung, oder das Denken und Verhalten beeinflussbar sind, sondern eine erfolgreiche Psychotherapie immer auch neurobiologische Prozesse (Neurotransmitter, Funktionen, Strukturen) verändert. Das ist inzwischen für Zwangsstörungen, Panikstörungen oder auch Depressionen mittels bildgebender Verfahren nachgewiesen. Gleichzeitig wissen wir, dass eine erfolgreiche Pharmakotherapie über die Regulation von z. B. Rezeptorstrukturen in bestimmten Hirnarealen darüber hinaus auch die Funktionsweise neuronaler Systeme moduliert und damit auch das Erleben, Denken und Verhalten verändert. Psychotherapie und Pharmakotherapie wirken zunächst auf unterschiedliche Systeme ein, beeinflussen darüber dann weitere, vermittelnde Prozesse, um letztlich zu demselben Ziel zu führen: die Störung zu beheben, zu lindern oder durch Substitutionsprozesse ertragbar bzw. bewältigbar zu machen. Es verwundert daher nicht, wenn in einer Studie herausgefunden wurde, dass erfolgreiche Pharmakotherapie und in einigen Fällen auch erfolgreiche Plazebomedikation zu denselben neurobiologischen und psychologischen Veränderungen führten oder in einer anderen Studie Hinweise geliefert wurden, dass kognitive Verhaltenstherapie und Antidepressiva zu vergleichbaren Effekten

gelangten, dies jedoch – zumindest in einzelnen Abschnitten – auf unterschiedlichen neurobiologischen Wegen.

4.2 Grundsätzliche Probleme

Immer wieder ist die Äußerung zu hören, die Einnahme von Psychopharmaka habe negative Auswirkungen auf die Kooperation und die Veränderungsbereitschaft von Patienten. Dies soll zum einen dadurch bedingt sein, dass die Einnahme von Medikamenten sehr viel schneller wirke, also zur raschen Symptomreduktion führe und damit dem Patienten die Motivation zur Psychotherapie nehmen könne. Zum anderen würde durch Medikamente eine passive Haltung bei Patienten gefördert, was sich langfristig auf die Gesundung ungünstig auswirke. Diese Vermutungen stellen aber eher Vorurteile dar, denn die bislang vorliegenden Befunde zur Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie bzw. zur anfänglichen Pharmakotherapie und späteren Psychotherapie widersprechen dieser Behauptung. Es muss zusätzlich hervorgehoben werden, dass die empirische Befundlage zu dieser Hypothese nicht stark ist und keine abschließende Bewertung, schon gar nicht für alle Störungsbereiche bzw. alle Medikamentengruppen, erlaubt.

Psychotherapeuten befürchten oft, dass sich Patienten durch die Empfehlung zur Einnahme von Psychopharmaka abgewertet, abgeschoben oder unverstanden vorkommen und darüber hinaus ungünstige Auswirkungen auf die Therapeuten-Patienten-Beziehung entstehen. Auch hier bestimmen eher Vorurteile als reale Erfahrungen oder gar empirische Belege die Diskussion. Tatsächlich fühlen sich Patienten durch die offene Ansprache und die Erklärung des Nutzens eines Medikaments, z. B. parallel zu einer Psychotherapie, ernst genommen und an Entscheidungsprozessen beteiligt. Das therapeutische Arbeitsbündnis wird eher gestärkt. Werden Patienten nach dem Grund einer erfolgreichen Kombinationsbehandlung aus Psycho- und Pharmakotherapie gefragt, dann führen sie in der Regel die Erfolge auf die Wirkung der Psychotherapie, also auf ihre eigenen Anstrengungen zurück.

Die Einnahme von Psychopharmaka hat insofern Vorteile, als insbesondere bei ausgeprägten

Symptomen und einer starken Beeinträchtigung die initiale und rasch einsetzende Wirkung der Medikamente eine psychotherapeutische Behandlung überhaupt erst ermöglicht: Oft ist bei schwer depressiven Patienten, bei schweren Zwangsstörungen oder bei psychotischen Symptomen der Zugang zu den Betroffenen nicht möglich. Erst der Wirkeintritt der Psychopharmaka schafft diese zentralen Voraussetzungen für eine Psychotherapie. Oft kommt eine Medikation dem subjektiven Krankheitsverständnis der Patienten entgegen. Sie können sich als »richtig« (organisch) krank erleben, was im Verlauf jedoch die Möglichkeit eröffnet, allmählich ein psychobiologisches Modell und damit auch den Wert von Lernen, Selbstkontrolle, also Psychotherapie, zu erarbeiten. Die Kombination aus Pharmakotherapie und Psychotherapie hat folglich einen synergistischen Effekt, der sich meist günstig auf den Therapieerfolg und den längerfristigen Therapieverlauf auswirkt.

Bei vielen psychischen Störungen (z. B. bei chronischen Depressionen) hat sich die Kombination aus Pharmakotherapie und Psychotherapie als eindeutig besser herausgestellt als die jeweiligen Monotherapien. Eine systematische Übersichtsarbeit (Huhn et al. 2014) zu diesem Thema konnte 61 Metaanalysen bei 21 psychischen Störungsgruppen einschließen und in jedem Fall zeigen, dass die Kombination aus Pharmakotherapie und Psychotherapie zu deutlich besseren Ergebnissen (Symptomreduktion, Abbrecherzahlen, längerfristige Nachkontrollen) führte, als die Monotherapien. Zur Akzeptanz der Kombinationsbehandlung bei Patienten und bei Therapeuten ist jedoch das Wissen über Psychopharmakotherapie und Psychotherapie wesentlich. Durch die psychotherapeutische Begleitung wird die Medikamenten-Adhärenz (z. B. bei Patienten mit Schizophrenien oder bipolaren affektiven Störungen) verbessert, was sich günstig auf den Verlauf und insgesamt auf den Therapieerfolg auswirkt (Hollon et al. 2014). Schließlich besteht die berechtigte Vermutung, dass Misserfolge (sog. Non-Responder oder Teilremissionen) in der Psychotherapie durch ergänzende oder nachfolgende Psychopharmakotherapie erfolgreich behandelt werden können. Die empirische Befundlage hierzu ist jedoch noch unzureichend. Ferner gibt es inzwischen Belege, dass durch bestimmte pharmakolo-

gische »Enhancer« (etwa D-Cycloserin, ggf. auch Oxytozin) die Effekte von Lernen und von Psychotherapie bei unterschiedlichen Störungen (Angststörungen, Traumafolgestörungen, Insomnie, Substanzabhängigkeit, Schizophrenie) gesteigert werden (Bontempo et al. 2012; Meinlschmidt 2013; Smits et al. 2013).

4.3 Klinische Kompetenzen

Die Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie ist mehr als die simultane Anwendung von zwei Interventionsformen. Es gilt, Interaktionen zwischen beiden Behandlungen und die Integration in einen problembezogenen und zielorientierten **Gesamtbehandlungsplan** zu bedenken. Für den Psychotherapeuten bzw. den Kinder- und Jugendpsychotherapeuten besteht immer ein »Dreiecksverhältnis« von Patient (bzw. dessen Familie), Psychotherapeut und Pharmakotherapeut. Dies erfordert die von Vertrauen geprägte offene Kommunikation zwischen allen Beteiligten. Gerade bei Kindern und Jugendlichen ist die Abstimmung der psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Maßnahmen auf das jeweilige Alter bzw. den jeweiligen Entwicklungsstand wichtig.

Vor dem Beginn einer Kombinationsbehandlung sollte die Indikation sowohl zur Psychotherapie als auch zur Psychopharmakotherapie sowie deren Stellenwert im Gesamtbehandlungsplan geprüft werden. Zwischen den Beteiligten sollte ein Konsens über die Notwendigkeit der Kombinationstherapie bestehen. Bei psychotischen Symptomen, Schizophrenien, schweren Depressionen, Manien und akuter Suizidalität besteht eine absolute Indikation für eine Pharmakotherapie, und die Psychotherapie hat adjuvanten Stellenwert. Bei einigen Angststörungen, (leichten) Depressionen, somatoformen Störungen, Essstörungen, Zwangshandlungen oder der Entwöhnungstherapie bei Substanzabhängigkeiten (nicht bei der Entgiftung) ist die Psychotherapie vorrangig, und die Pharmakotherapie hat oft den Stellenwert eines additiven Verfahrens. Bei Störungen im Kindes- und Jugendalter haben bei den meisten Störungen psychologische Maßnahmen unter Einbezug der Eltern Vorrang, doch ist bei schweren Störungen, z. B. den stark ausgeprägten

Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen, heute die Kombination aus Psychopharmakotherapie und Psychotherapie die Regel. Zur detaillierteren Diskussion der Indikation von Psychopharmaka und der Kombination mit Psychotherapie, v. a. auch die differenzielle Indikation bei speziellen Patientengruppen bzw. schweren Störungsformen, wird auf die nachfolgenden Kapitel verwiesen.

Auch Psychotherapeuten sollten in der Lage sein, die Patienten über die verordneten Medikamente zu informieren, um sie dann in Detailfragen an den Psychopharmakotherapeuten zu verweisen. Regelmäßige Kontakte zwischen Psychotherapeuten und Pharmakotherapeuten sind notwendig, um Dosisanpassungen, Korrekturen oder Ergänzungen rasch durchzuführen.

Sind bestimmte Psychotherapien geplant, etwa Expositionsübungen im Rahmen einer Angstbehandlung, dann kann der Effekt durch parallele Medikation u. U. geschwächt werden. Dies bezieht sich auf das Erregungsniveau, die Habituation, die kognitive Verarbeitung oder das Vermeidungsverhalten. Folglich sind rechtzeitig vor Durchführung dieser Psychotherapie Absprachen mit Patienten und Psychopharmakotherapeuten zu treffen, um eine Reduktion der bestehenden Medikation einzuleiten.

4.4 Schlussfolgerungen

Es ist ethisch bedenklich, wenn ein Psychotherapeut seinen Patienten Schaden zufügt, weil er gegen Medikamente eingestellt ist, diese im Einzelfall vorenthält oder gar gegen empirisch nachweisliche Evidenz die Indikation für eine Pharmakotherapie nicht sieht. Es ist jedoch ebenso problematisch, Patienten bei entsprechender Indikation psychotherapeutische Hilfen nicht zukommen zu lassen und allein auf die medikamentöse Therapie zu vertrauen. Im Einzelfall gilt es immer abzuwägen, welcher Nutzen bzw. Schaden mit einer therapeutischen Maßnahme (sei sie psychotherapeutisch oder pharmakotherapeutisch) verbunden ist und aus welchen subjektiven Motiven heraus ein Patient eher eine Pharmakotherapie oder eher eine Psychotherapie favorisiert. Dabei spielt natürlich auch die Verfügbarkeit bzw. Zugänglichkeit zu einer evidenzbasier-

ten Psychotherapie eine wichtige Rolle. Im Zentrum einer jeden Therapie stehen das Gespräch und das professionelle, offene und aufrichtige Verhältnis zwischen Therapeuten und Patienten. In diesem Sinne muss es selbstverständlich werden, dass eine gute Psychopharmakotherapie von einer zumindest unterstützenden, erklärenden, die Probleme und Konflikte des Patienten verstehenden sowie bewältigenden Psychotherapie begleitet wird.

Dabei ist es sowohl bei der Pharmakotherapie als auch bei der Psychotherapie wichtig, auf Hinweise zu achten, die eine Störung der Therapeuten-Patienten-Beziehung signalisieren, z. B. dass Patienten zu wenig kooperativ sind (verordnete Medikation nicht einnehmen, ständig über neue, aber unwahrscheinliche Nebenwirkungen berichten, Termine versäumen, vereinbarte Verhaltensübungen oder andere »Hausaufgaben« nicht durchführen) oder auf nicht offengelegte Ziele orientiert sind (z. B. Berentung). Solche Probleme sind nicht durch die Verordnung immer neuer Psychopharmaka oder immer neue Vorschläge auf der psychotherapeutischen Ebene zu lösen, sondern müssen direkt angesprochen werden.

Um die Bedeutung sowohl der Psychopharmakotherapie als auch der Psychotherapie bei der Behandlung von psychischen Störungen zu betonen, wurden die **aktuellen wissenschaftlichen Befunde zur Kombination beider Therapieformen bei jedem größeren Störungsbild in einem eigenen Abschnitt beschrieben**. Der Leser kann so den vorgeschlagenen Therapieschwerpunkt gut nachvollziehen. In der Regel zeigen die Kombinationen beider Therapien den besten Erfolg (Huhn et al. 2014).

- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al (2003) Influence of life stress on depression. Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 301:386
- Hollon SD, DeRubeibes RJ, Fawcett J et al (2014) Effect of cognitive therapy with antidepressant medications versus antidepressants alone on the rate of recovery in major depression. *JAMA Psychiatry* 71:1157–1164
- Huhn M, Tardy M, Spinelli LM et al (2014) Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders. A systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry* 71:706–715
- Meinlschmidt G (2013) Medikamentös verstärkte Psychotherapie: Forschungsstand, Herausforderung und Chancen. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 34:303–321
- Mickey BJ, Zhou Z, Heitzeg MM et al (2011) Emotion processing, major depression, and functional genetic variation of neuropeptide Y. *Arch Gen Psychiatry* 68:158–166
- Polanczyk G, Caspi A, Williams B et al (2009) Protective effect of *CRJR1* gene variants on the development of adult depression following childhood maltreatment. *Arch Gen Psychiatry* 66:978–985
- Smits JAJ, Hofmann SG, Rosenfield D et al (2013) D-cycloserine augmentation of cognitive behavioral group therapy in social anxiety: prognostic und prescriptive variables. *J Consult Clin Psychol* 81:100–1112
- Xie P, Kranzler HR, Ploing J et al (2009) Interactive effect of stressful life events and the serotonin transporter 5-HTTLPR genotype on posttraumatic stress disorder diagnosis in 2 independent populations. *Arch Gen Psychiatry* 66:1201–1209

4.5 Checkliste

1. Nennen Sie Beispiele einer sinnvollen Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie.
2. Wann besteht eine absolute Indikation für eine Pharmakotherapie?

Literatur

- Bontempo A, Panza KE, Bloch MH (2012) D-cycloserine augmentation of behavioral therapy for the treatment of anxiety disorders. A meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 73:533–537



<http://www.springer.com/978-3-662-49091-4>

Psychopharmakologischer Leitfaden für Psychologen
und Psychotherapeuten

Benkert, O.; Hautzinger, M.; Graf-Morgenstern, M.

(Hrsg.)

2016, XX, 328 S. 9 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-662-49091-4